

Behandeling van patiënten met het chronische-vermoeidheidssyndroom

K.Jonker en A.M.van Hemert

Zie ook het artikel op bl. 2088.

Het chronische-vermoeidheidssyndroom krijgt de laatste jaren meer erkenning als een belangrijk gezondheidsprobleem. In een rapport dat de Gezondheidsraad vorig jaar uitbracht wordt uitvoerig aandacht besteed aan de epidemiologie, aan mogelijke ziektemodellen en aan de behandeling naar de huidige maatstaven.¹ Met een strakke ziekte-definitie wordt de prevalentie van de aandoening geschat op circa 2 promille van de bevolking. Jaarlijks zijn er in Nederland naar schatting 3000-10.000 nieuwe patiënten. De aandoening kan wat betreft ernst variëren van een hinderlijk en beperkend ongemak tot een ernstig invaliderende en langdurige ziekte, waarbij patiënten soms niet in staat zijn tot de meest basale zelfzorg. Er is veel overlap met of comorbiditeit door andere lichamelijk onverklaarde aandoeningen, zoals fibromyalgie, prikkelbaredarmsyndroom en onverklaarde pijnstoornis, en ook met overspanning, burn-out en depressieve stoornissen. Als behandeling zijn alleen cognitieve gedragstherapie (een vorm van psychotherapie die ten doel heeft veranderingen aan te brengen in cognities en gedragingen van patiënten) en 'graded exercise training' (geleidelijke opbouw van lichamelijke activiteiten) empirisch voldoende onderzocht en effectief gebleken.^{2 3}

Elders in dit nummer rapporteren Torenbeek et al. belangrijke resultaten van een klinisch interdisciplinair revalidatieprogramma waarin deze interventies als werkzame elementen zijn opgenomen.⁴ Belangrijke vragen die daarbij gesteld kunnen worden, zijn hoe deze evaluatie van een zorgprogramma moet worden geïnterpreteerd en bij welke patiënten een klinisch behandelprogramma geïndiceerd is.

EVALUATIE VAN EEN ZORGPROGRAMMA

De effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en graded exercise training zijn inmiddels volgens de regelen der kunst onderzocht in gerandomiseerd effectonderzoek bij een doorgaans ambulante groep patiënten met het chronische-vermoeidheidssyndroom. Deze onderzoeken zijn veelal uitgevoerd bij gemotiveerde en geselecteerde groepen patiënten. Bij toepassing in de klinische praktijk moet dan nog blijken of de behandeling ook effectief is bij een natuur-

lijke selectie van patiënten, vaak met heterogene klachten en met een gemiddelde behandelmotivatie. Het is natuurlijk waardevol als de behandeling bij ongecontroleerd onderzoek in de normale klinische setting ook goed functioneert, zoals in de studie van Torenbeek et al., maar bij gebrek aan een controlegroep rijzen wel weer nieuwe vragen, want zonder controlebehandeling valt niet goed uit te maken waar resultaten aan toegeschreven moeten worden.

Zo is het niet uitgesloten dat patiënten, als hun klachten hun climax hebben bereikt, kiezen voor een klinische opname. In het natuurlijke beloop, zonder welke interventie ook, kunnen klachten daarna alleen maar verbeteren. Ook kan niet worden uitgesloten dat specifieke factoren, die meer samenhangen met de klinische opname dan met het behandelprogramma, de resultaten ten dele kunnen verklaren. Er was natuurlijk geen blinding en enige mate van sociale wenselijkheid bij het beantwoorden van vragen kan niet worden uitgesloten. Al deze bezwaren horen nu eenmaal bij een ongecontroleerde evaluatie van een zorgprogramma. Het is goed om te weten dat er resultaten worden geboekt, maar er blijven vele vragen over de werkzame elementen.

INDICATIESTELLING EN KOSTENEFFECTIVITEIT

Onderzoek naar behandeling van het chronische-vermoeidheidssyndroom is nog relatief jong. Van de twee genoemde interventies is de werkzaamheid inmiddels wel duidelijk, maar er zijn nog vele vragen open. Wie zou bijvoorbeeld voor klinische behandeling in aanmerking moeten komen? Gelet op de hoge kosten van een klinische behandeling zou deze aanpak bij voorkeur beperkt moeten worden tot een kleine selectie van ernstig en langdurig zieke patiënten. Bij deze groep kan echter beduidend meer comorbide problematiek verwacht worden en is een aanpak die enkel is gericht op de vermoeidheid wellicht te beperkt. Wordt de behandeling gericht op een minder zieke selectie van patiënten, dan zijn de kansen op herstel weliswaar groter, maar dan moet nog blijken dat dezelfde behandeling niet tegen minder kosten geboden kan worden. Met de bevindingen van Torenbeek et al. zijn deze vragen nog niet beantwoord. De meerwaarde van een dagklinische of klinische setting is tot op heden niet systematisch onderzocht.

De vraag naar de doelmatigste en effectiefste inzet van middelen geldt niet alleen voor de klinische revalidatie van chronische vermoeidheid. Er is nog veel onderzoek nodig om antwoord te krijgen op de vraag welke behandeling is

Parnassiagroep-PsyQ, afd. Somatiek en Psyche, Lijnbaan 4, 2512 VA Den Haag.

Hr.K.Jonker, klinisch psycholoog-psychotherapeut; hr.dr.A.M.van Hemert, psychiater.

Correspondentieadres: hr.K.Jonker.

geïndiceerd bij welke patiënt. Naast verschillen in de ernst en de functionele beperkingen van de aandoening zijn er ook belangrijke verschillen in typologie. Er zijn patiënten die moeite hebben om overactiviteit en onderactiviteit goed in balans te houden (actieven) en er zijn patiënten die veel meer gekenmerkt worden door een laag activiteitsniveau (relatief inactieven). Deze subtypen moeten in de behandeling verschillend worden benaderd.

Verder zijn er naast het chronische-vermoeidheidssyndroom vaak ook comorbide aandoeningen, waarvoor naast of na de behandeling van het chronische-vermoeidheidssyndroom aandacht moet zijn. Richtlijnen over combinatiebehandeling of vervolgbehandeling voor comorbide aandoeningen ontbreken vooralsnog.

Een laatste aspect dat aandacht verdient, is de beschrijving van de klachtengeschiedenis (eerdere behandeling, duur van de huidige klachten, eerdere afwijkingen). Bij andere aandoeningen, zoals depressie, is regelmatig gevonden dat de klachtengeschiedenis een grote invloed heeft op de effectiviteit van de behandeling en de keuze van de behandelvorm.

De Gezondheidsraad adviseert in haar rapport om de behandelcapaciteit voor het chronische-vermoeidheidssyndroom uit te breiden. Cognitieve gedragstherapie en graded exercise training zijn daarbij behandelingen van eerste keus. Gelet op de relatief hoge kosten valt te betwijfelen of klinische behandeling daarbij prioriteit moet krijgen. Klinische revalidatie kan zeker een plaats hebben in de behandeling van patiënten met ernstige vormen van het chronische-vermoeidheidssyndroom, maar het is nog onduidelijk welke patiënten voor deze behandeling in aanmerking moeten komen. Meer in het algemeen is er ruimte voor onderzoek naar een doelmatige indicatiestelling, ook voor de frequente comorbide aandoeningen. Met de behandeling van het chronische-vermoeidheidssyndroom worden goede vorderingen gemaakt, maar wij zijn nog ver verwijderd van een evidence-based en getrapte behandelprogramma.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 10 juli 2006

Literatuur

- 1 Het chronische-vermoeidheidssyndroom. Den Haag: Gezondheidsraad; 2005.
- 2 Bleijenberg G, Prins JB, Bazelmans E. Cognitive-behavioral therapies. In: Jason LA, Fennell PA, Taylor RR, editors. Handbook of chronic fatigue syndrome. Hoboken: Wiley; 2003. p. 493-526.
- 3 Deale A, Chalder T, Marks I, Wessely S. Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1997;154:408-14.
- 4 Torenbeek M, Mes CAJ, Liere MJ van, Schreurs KMG, Meer R ter, Kortleven GC, et al. Gunstige resultaten van een revalidatieprogramma met cognitieve gedragstherapie en gedoseerde fysieke activiteit bij patiënten met het chronische-vermoeidheidssyndroom. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2006;150:2088-94.

Abstract

Treatment of patients with the chronic-fatigue syndrome. – In the last few years, the chronic-fatigue syndrome has been recognised as an important health problem. In a recent report, the Health Council of the Netherlands suggested that the capacity for treatment be increased. Cognitive behavioural therapy and graded exercise training are treatment options of first choice. A recently published, uncontrolled evaluation of a Dutch clinical rehabilitation programme based partly on these methods proved to be successful. Unfortunately, due to the uncontrolled character of the study, it remains unclear which elements in the treatment were responsible for the success. Which patients should be included in a costly clinical rehabilitation programme also remains unclear. More in general, there is room for empirical studies of treatment allocation, not in the least because of the frequently occurring comorbidity. Good progress has been made in the treatment of the chronic-fatigue syndrome, but we are still far removed from evidence-based, stepped care, treatment programmes.

Ned Tijdschr Geneesk. 2006;150:2067-8